

Trabajos Originales

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO

José Urdaneta M. MSc¹, Ana Rivera S.¹, José García I. PhD², Mery Guerra V. PhD², Nasser Baabel Z. PhD², Alfi Contreras B.³

¹ Programa de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia. ² Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad del Zulia. ³ Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Maracaibo, Venezuela.

RESUMEN

Antecedentes: Los trastornos depresivos representan un importante problema de salud pública, siendo más frecuente en las mujeres y con mayor riesgo durante el embarazo y puerperio. *Objetivo:* Comparar la prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. *Método:* Se realizó una investigación comparativa con diseño no experimental, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. *Resultados:* Los resultados demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión posparto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ($p < 0,05$). No hubo una asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. *Conclusión:* La población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión posparto, sin diferencias en cuanto a su paridad.

Palabras clave: **Depresión posparto, escala de depresión posparto de Edimburgo, paridad**

SUMMARY

Background: Today the depressive upheavals represent an important public health's problem, being more frequent in the women and with greater risk during the pregnancy and puerperium. *Objective:* To compare the prevalence of postpartum depression in nulliparous and multiparous women taken care of Maternity "Dr. Armando Castillo Plaza" at the University Hospital of Maracaibo, Venezuela. *Method:* A comparative investigation with non experimental design was realized, it which included a sample of 100 women in later puerperium, divided in two even groups of 50 subjects according to her parity, evaluated by Edinburgh Postnatal Depression Scale. The results demonstrated a prevalence of the positive test in 91% of the sample, with a confirmed prevalence of postpartum depression by the DSM-IV of 22%, presenting a highly frequency of suicidal ideas in the multiparous group ($p < 0.05$); also, don't found statistically significant association between parity and postpartum depression. *Conclusion:* The studied population show a highly prevalence of postpartum depression, without majors differences according to the parity.

KEY WORDS: **Postpartum depression, Edinburgh postnatal depression scale, parity**

INTRODUCCIÓN

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle, así como también en los textos de Celcio y Galeno (1). En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos (2). El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas en todo el mundo, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad (3).

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer (4). La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto (5). El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica (5,6).

La presencia de trastorno depresivo mayor, con frecuencia abreviado o llamado simplemente como depresión, durante el embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo (7); asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados (8).

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad (3). Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad. El puerperio constituye entonces, una época en la cual es-

tos trastornos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco reconocidos (9).

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las púerperas según algunos autores (5) o de un 10 a 15% según otros (4,10); con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% (1). La depresión posparto es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (4,5,10).

Llama la atención el hecho de que la depresión posparto sea habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a otras patologías obstétricas tales como preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional, entre otras entidades (5). En este sentido, Evans y cols (10), expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión.

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbimortalidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve (11).

Por tanto, resulta fundamental y muy conveniente detectar esta patología entre las púerperas,

para lo cual pudiesen aplicarse diversas técnicas de tamizaje que permitan identificar a aquellas madres con mayor necesidad de una evaluación diagnóstica más completa. El reconocimiento de la depresión posparto en la atención médica primaria es pobre, sobre todo si se considera el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad (10). Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos (12), tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios (4).

El objetivo de esta investigación es comparar la depresión posparto en primigestas y multíparas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", de la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo.

PACIENTES Y MÉTODO

Se procedió a efectuar una investigación de tipo comparativa y aplicada, adecuada a los propósitos del diseño no experimental, en donde se estudió la variable depresión posparto, describiendo su relación con factores de riesgo en primigestas y multíparas embarazadas. Las unidades de análisis estaban representadas por la totalidad de puerperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", sede de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Maracaibo; de la cual se tomó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 100 mujeres puerperas atendidas en este centro asistencial durante el año 2009.

Esta muestra fue separada en dos grupos de 50 sujetos cada uno, de acuerdo con su paridad, fijándose como criterios para su inclusión los siguientes: (a) puerperio tardío, (b) edad mayor de 19 años y menor de 35 años, (c) ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y (d) deseo voluntario de participar en la investigación. Asimismo, se excluyeron a aquellas madres que fuesen analfabetas o con discapacidad visual, debido a las características del instrumento empleado, así como a las mujeres cuyos embarazos hubiesen culminado en muertes perinatales o con productos malformados.

Se procedió a utilizar la técnica de la observación indirecta, mediante la utilización de un cuestionario autoadministrado, la Escala de Edinburgo para Depresión Posparto (EPDS), instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples

países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto. Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos (4).

Asimismo, se utilizó la técnica de la entrevista estructurada, resguardando la privacidad y confidencialidad de la paciente; para ello, se diseñó un guión de entrevista, conformado por diecinueve preguntas, diseñadas para la identificación de los factores de riesgo asociados a depresión posparto.

Para la ejecución de esta investigación, se procedió a seleccionar en las salas de maternidad a las puerperas de acuerdo con los criterios previamente establecidos, dividiéndose en dos grupos pareados según su paridad. Estas pacientes fueron citadas para su valoración posparto antes de las 6 semanas siguientes a la resolución del embarazo. A las puerperas se les solicitó su consentimiento informado de participación en el estudio, asimismo se registraron los siguientes datos: edad cronológica, paridad y tiempo de puerperio. Luego se les aplicó la EPDS, previa explicación de la misma; las mujeres participantes completaron el cuestionario mientras estaban sentadas solas en un consultorio. Seguidamente, se efectuó una consulta médica integral posparto, en donde se procedió a pesquisar los diferentes factores de riesgos mediante la entrevista clínica; para lo cual se siguió un guión de entrevista.

Las pacientes quienes obtuvieron un tamiz positivo fueron referidas al Servicio de Salud Mental, donde especialistas en el área de Psiquiatría por medio de una entrevista semiestructurada de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM IV) confirmaron la presencia de depresión posparto.

Posteriormente, los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos, fueron organizados, recopilados, e introducidos en una base de datos y por medio del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 11.0.1, se aplicó un tratamiento estadístico de tipo descriptivo; determinándose medidas de tendencia central (medias y desviación estándar) y realizándose la comparación de los resultados obtenidos entre los dos grupos evaluados, mediante la prueba del χ^2 y la U de Mann-Whitney, para grupos independientes según distribución de variables estudiadas.

RESULTADOS

En la Tabla I se presentan algunas características demográficas y clínicas de la población estudiada. La edad de las pacientes primigestas fue en promedio 23 años (rango: 19-28 años), mientras que el grupo de pacientes múltiparas la edad promedio fue de 27 años (rango: 21-33 años), evidenciándose que el grupo de pacientes primigestas mostró una tendencia a edades menores que el grupo de pacientes múltiparas. También se evaluó el tiempo posterior al parto de la realización de la evaluación, evidenciándose que en ambos grupos las pacientes se encontraban en el puerperio tardío, alrededor de las 5 semanas. A su vez, el control prenatal, evaluado según el número de consultas efectuadas, fue adecuado en los dos grupos, con medias entre 6 y 7 consultas.

Tabla I
RESULTADOS NEONATALES: GRUPO EN ESTUDIO Y CONTROL

Análisis descriptivo	Primigestas Media ± DE	Múltiparas Media ± DE
Edad	23,1 ± 5,3	26,6 ± 6,3
Paridad	-	2,7 ± 0,8
Número de controles prenatales	7,8 ± 1,1	6,1 ± 1,4
Tiempo de puerperio (semanas)	5,1 ± 1,5	5,3 ± 1,4

Como puede observarse en la Tabla II, la EPDS en su evaluación por ítems, evidenció tanto en las pacientes primigestas como en las múltiparas, para los ítems que midieron el indicador disforia, las alternativas de respuesta mostraron una tendencia mayor a la alternativa 0 para los ítems 1 y 2; y los ítems 7, 8 y 9 mostraron respuestas con tendencia a las alternativas 2 y 3, considerando que las alternativas favorables para la evaluación integral del test son las que se acercan a 0. Para el indicador ansiedad se observó que la alternativa considerada por las pacientes de ambos grupos, en sus respuestas fueron la 0 y 2 con una media de 1 para el ítem 4, y para el ítem 5 la alternativa que mostró una tendencia mayor fue la 3. Para el indicador sentimiento de culpa las alternativas que mostraron una mayor tendencia en las respuestas fueron las

alternativas 1 y 3, evidenciando promedios mayores de 1,5 para estos ítems. El indicador dificultad de concentración mostró que para el ítem que lo mide, la respuesta con mayor frecuencia escogida por las pacientes de ambos grupos, fue la número 1 y para el indicador ideación suicida la alternativa que mostró una mayor tendencia fue la número 3 en ambos grupos de pacientes.

La presencia de síntomas depresivos obtenidos por la aplicación de la EPDS evidenció que el síntoma disforia se observó en el 10% de las primigestas y en el 8% de las múltiparas, la ansiedad en el 78% de las primigestas y 70% de las múltiparas, el sentimiento de culpa en el 52 y 56% de las primigestas y múltiparas, la dificultad para la concentración se observó en el 58% de las primigestas y en el 44% de las múltiparas y la ideación suicida solo se observó en el 6% de las primigestas y en el 10% de las múltiparas, la significancia estadística que relacionó la misma variable para dos muestras independientes evidenció que solo la ideación suicida mostró diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias del síntoma entre los grupos (Tabla III).

En la Tabla IV se presenta el resultado de la EPDS aplicada a las púerperas, se obtuvo un mínimo de 0 puntos y un máximo de 25, con un promedio de 15,7 ± 2,17 puntos para primigestas y 16,0 ± 1,94 puntos para múltiparas. En la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos se observó que en el grupo de primigestas el 8% no mostraron riesgo de depresión posparto. El 2% de las primigestas y 8% de las múltiparas presentaron riesgo límite de depresión posparto y el 90% y 92% de ambos grupos presentaron puntajes que indican probable depresión, diferencias no significativas para la presencia de depresión posparto entre primigestas y múltiparas.

El 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión posparto y el 92% de las múltiparas también, así mismo se observó que según DSM IV se evidenció que fueron finalmente diagnosticadas con depresión posparto el 20% de las primigestas y el 24% de las múltiparas (Tabla V). Considerando los resultados con la aplicación del DSM IV, se puede establecer que la prevalencia total de depresión posparto fue del 22%; asimismo se pudo establecer para esta escala un 90% de Sensibilidad, 11% de Especificidad, Valor Predictivo Positivo del 22%, Valor Predictivo Negativo del 81%, Razón de Verosimilitudes Positiva de 1,01 y Razón de Verosimilitudes Negativa de 0,90.

Tabla II
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO POR ÍTEMS EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

Escala de Edimburgo	Contenido requerido del ítem	Primigestas X ± DE	Multíparas X ± DE	Primigestas Distribución porcentual del ítem (%)				Multíparas Distribución porcentual del ítem (%)			
				0	1	2	3	0	1	2	3
Disforia	1.- He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	0,2 ± 0,3	0,08 ± 0,3	82	18	0	0	92	8	0	0
	2.- He disfrutado mirar hacia adelante.	0,1 ± 0,5	0,04 ± 0,2	94	0	6	0	96	4	0	0
	7.- Me siento tan desdichada que he tenido dificultades para dormir.	2,7 ± 1,0	2,4 ± 0,9	10	10	0	80	0	26	6	68
	8.- Me siento triste o desgraciada.	2,3 ± 1,0	2,3 ± 0,8	6	16	18	60	4	12	36	48
	9.- Me he sentido tan desdichada que he estado llorando.	2,5 ± 0,6	2,1 ± 0,9	0	10	22	68	8	8	44	40
Ansiedad	4.- He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo.	1,18 ± 1,0	1,1 ± 1,0	40	6	50	4	44	0	56	0
	5.- He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	2,4 ± 0,9	2,28 ± 1,0	4	18	6	72	4	28	4	64
Sentimiento de culpa	3.- Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente.	1,7 ± 1,1	1,7 ± 0,9	10	50	0	40	0	66	0	34
Dificultad de concentración	6.- Las cosas me han estado abrumando.	1,5 ± 0,9	1,5 ± 0,8	10	44	26	20	4	52	30	14
Ideación suicida	10.- Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	2,6 ± 0,6	2,8 ± 0,7	0	10	4	86	4	4	0	92

X ± DE: Promedio ± Desvío Estándar

Tabla III
SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO

Síntomas depresivos	Primigestas		Multíparas		Valor p
	n	%	n	%	
Disforia	5	10	4	8	0,236*
Ansiedad	39	78	35	70	0,632*
Sentimiento de culpa	26	52	28	56	0,869*
Dificultad para la concentración	29	58	22	44	0,226*
Ideación suicida	3	6	5	10	0,014

*No significativo

Tabla IV
INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS (EPDS) EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

Intensidad de los síntomas depresivos	Primigestas		Multíparas		Valor p
	n	%	n	%	
< 10 puntos	4	8	0	0	-
10 -12 puntos	1	2	4	8	-
≥ 13 puntos	45	90	46	92	0,280*
Total	50	100	50	100	-
Puntuación EPDS	15,68 ± 2,17		16,04 ± 1,94		0,137*

* No significativo. EPDS: Escala de Edimburgo para Depresión Postparto

Tabla V
ANÁLISIS DESCRIPTIVO POR EPDS Y DSM IV EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

Características de la muestra	EPDS						DSM IV					
	+		-		%	%	+		-		%	%
n	%	n	%	n			%	n	%	n		
Primigestas	45	90	5	10		10	20	40	80			
Multíparas	46	92	4	8		12	24	38	76			

EPDS: Escala de Edimburgo para Depresión Postparto.

DSM IV: Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales.

Para conocer el efecto de la paridad sobre el riesgo de desarrollar depresión postparto, se realizó una tabla de contingencia 2x2, la cual sirvió para determinar el riesgo de presentar esta patología de acuerdo con la paridad (Tabla VI). Se estableció un OR (IC95%) de 0,79 (0,3064-2,046), no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión postparto ($p=0,939$).

DISCUSIÓN

Los desordenes afectivos ocurren frecuente-

mente durante el periodo postparto, la depresión postparto puede ocurrir después de algún tiempo, pero más frecuentemente se presenta de la segunda a la tercera semana después del parto y puede durar hasta un año (13); si bien el cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica (4,5).

Su mecanismo fisiopatológico parece evocar dos mecanismos fundamentales de la personalidad de la gestante y puerpera para defenderse de la ansiedad

Tabla VI
RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN LA PARIDAD

Paridad	Depresión posparto		Totales
	Positivo	Negativo	
Primigestas	10	40	50
Múltiparas	12	38	50
Total	22	78	100

que le produce la nueva situación de maternidad, los cuales son la regresión y la introversión (14). Aunque se conoce que durante el puerperio, tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés (15), pueden desencadenar estos trastornos; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la depresión posparto, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo (11).

Los resultados obtenidos en estas mujeres, las cuales fueron evaluadas con la EPDS cerca de la quinta semana de puerperio, demuestran un riesgo elevado de depresión posparto tanto en múltiparas como primíparas, con pruebas de tamizaje positivo en alrededor del 90%; teniendo en consideración que no se trata de un método diagnóstico, sino de rastreo; sus resultados deben ser comparados con una prueba más específica para obtener un diagnóstico certero de la patología. Así, al compararse con los resultados del DSM-IV se obtuvo una prevalencia del 22%; cifra similar a las encontradas por otros autores en la literatura internacional (16), lo cual hace patente el grave problema de subdiagnóstico observado en instituciones de asistencia materno-infantil, principalmente en aquellas como la estudiada donde no se aplica ningún test de rastreo durante el período puerperal.

La Escala de Edimburgo ha mostrado ser un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto, puesto que la mayoría de las madres con test positivos, al aplicárseles la encuesta diagnóstica para depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión; es así que esta pesquisa debiera realizarse en dos etapas: el rastreo con un test de autoaplicación, tipo Escala de Edimburgo, seguido de una entrevista diagnóstica con especialistas, para los casos con test positivos (4). Asimismo, estudios realizados en poblaciones de países vecinos, con características sociodemográficas y culturales similares a los de la población zuliana, han evidenciado que este instrumento es confiable y válido para la identificación de posibles síntomas de

depresión mayor en las mujeres puérperas (8).

No obstante, en esta investigación si bien el instrumento mostró una alta sensibilidad (90%) similar a la reportada por otros autores (4,5), resulto ser poco específico (11%). Asimismo, esta prueba evidenció un bajo poder predictivo positivo (22%), mucho menor que el encontrado en otros estudios donde ha sido cercano al 75% (5).

Como pudo verse, la población del estudio tuvo un mayor porcentaje de mujeres quienes reportaron una prueba positiva en el EPDS, resultados similares a los obtenidos por Morris y cols (13), quienes encontraron un número considerable de pruebas positivas, lo cual fue relacionado al menor estado socioeconómico de la muestra evaluada. Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados tanto por Moreno y cols (5), como Pérez y cols (4), en serie realizadas en Brasil y Chile respectivamente, donde la frecuencia de test positivo según esta escala en ambos estudios fue de 22%; así como del 29% de incidencia de depresión según EPDS publicada por Wójcik y cols (17).

En relación a los síntomas depresivos evaluados según la EPDS, se encontró una alta prevalencia de ansiedad, sentimientos de culpa y dificultad para la concentración en ambos grupos; sin embargo sólo la ideación suicida mostró una diferencia estadísticamente significativa siendo más frecuente en el grupo de las múltiparas. Algunos estudios han señalado que la intensidad de la sintomatología en pacientes con depresión posparto está relacionada con la deficiencia de algunos oligoelementos, sobre todo con el déficit de zinc (17).

También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión posnatal, diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (1). Sin embargo, al igual que los resultados obtenidos por Moreno y cols (5), Evans y cols (10) y Latorre y cols (9), en este estudio la primiparidad no mostró ser un factor determinante para la presencia de depresión posparto, observándose similares puntuaciones entre las primigestas y las múltiparas; lo que indica que un instrumento de rastreo como el EPDS debería ser aplicado a todas las puérperas de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo.

Los resultados obtenidos demuestran que en la población del estudio, independientemente de la paridad, la presencia de depresión posparto fue importante desde el punto de vista porcentual en función del valor total de la muestra, de allí la importancia de considerar esta entidad clínica durante la

evaluación prenatal, por el riesgo de que se presenten síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto. Así mismo el diagnóstico durante el embarazo puede evitar que esta entidad incida sobre el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre (11).

Estos resultados sugieren la importancia de identificar los factores de riesgo involucrados en la génesis de depresión posparto. Según Pérez y cols (4), la actitud negativa hacia el embarazo, los antecedentes de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar una depresión posparto. De igual forma deben considerarse otros factores que pueden tener influencia sobre la aparición de depresión puerperal como las edades extremas, antecedentes de tensión premenstrual, tipo de trabajo, nivel sociocultural, expectativas personales, complicaciones del parto, lactancia materna, grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados, y la mala relación entre la pareja (14).

De igual manera, algunos estudios han señalado una relación entre la depresión y algunos procesos mórbidos asociados a la gestación, evidenciándose una mayor prevalencia de depresión entre las madres que tuvieron neonatos pretérminos o con bajo peso para su edad gestacional (18), así como en aquellas embarazadas que han presentado preeclampsia, en las que se observa un mayor grado de hipocondría y altos niveles de depresión desde antes del nacimiento inclusive (19). Igualmente, la lactancia materna ha demostrado ser un factor protector contra el desarrollo de depresión puerperal, puesto que los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo posparto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés, producen un rápido declive en su prolactina y podrían tener una mayor incidencia de depresión posparto (1).

Una de las principales limitaciones del estudio es que incluyó un tamaño de muestreo pequeño, que puede no haber representado adecuadamente a la población total de madres púerperas. Sin embargo, a pesar de no contar en la institución donde fue realizada esta investigación con una estructura para la atención posparto, se logró obtener una muestra, que si bien fue intencionada y no probabilística, estuvo representada por sujetos con características diversas, lo cual permitiría especular que el índice de un tamiz positivo para depresión posparto, podría ser sumamente frecuente en la totalidad de púerpe-

ras atendidas en este centro hospitalario.

Asimismo, otra limitante fue no haber incluido tanto a las adolescentes como a las embarazadas añosas dentro del estudio. Al respecto, en la literatura revisada se han encontrado discrepancias en cuanto a la edad como factor de riesgo para el desarrollo de esta patología; se ha señalado que las adolescentes presentan más depresión que las mujeres mayores, puesto que ciertos factores desmoralizadores en el entorno social y las experiencias pasadas, tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo (20), reportándose tasas de prevalencias dentro de este grupo etario de un 14% a un 48% (18). Sin embargo, en otros trabajos esta diferencia no ha resultado ser estadísticamente significativa (4,9,10).

Asimismo, otros autores han expresado que como la prevalencia de depresión mayor aumenta con la edad, en las mujeres adultas pudiese ser mayor la frecuencia de depresión posparto debido a que se pudiese tratar de recaídas de una depresión de base, desencadenada por los cambios hormonales productos del parto y los factores socio-culturales relacionados con la llegada de un nuevo hijo (9).

Como lo enuncian los datos presentados, la depresión posparto es una patología de presentación frecuente en las mujeres investigadas, con una frecuencia similar a lo enunciado por la literatura internacional, mostrando una prevalencia de test de rastreo positivo sorprendentemente alta para un país como Venezuela donde el diagnóstico de depresión posparto es realizado con tan poca frecuencia. Por tanto, la detección de depresión posparto es de suma importancia puesto que el no realizar un tratamiento específico durante este periodo, puede acarrear grandes consecuencias tanto para la madre, como para el hijo y la familia en general (11); por lo que se hace imprescindible fomentar la creación de una consulta posparto y la difusión del uso de este tipo de herramientas para disminuir las consecuencias de esta patología.

El uso de una herramienta de sondeo de depresión auto administrada tal como la EPDS puede ser un modo eficiente para mejorar la pesquisa de depresión posparto, sobre todo para los proveedores del servicio médico público donde la limitación de recursos, la sobrecarga de pacientes y la restricción del tiempo para la evaluación médica es más frecuente. La mayoría de las investigaciones efectuadas han demostrado un problema de subdiagnóstico de esta morbilidad y la necesidad de realizar una detección precoz durante el periodo posparto, dirigido a toda la población materna (4,5,10,17).

CONCLUSIÓN

La EPDS demostró ser un instrumento altamente sensible para el diagnóstico de depresión posparto, sin embargo su especificidad y valor predictivo positivo fueron más bajos que los señalados en la literatura internacional, por lo que se debe confirmar el diagnóstico con otras pruebas como la DSM-IV. No existen diferencias significativas en la prevalencia de depresión posparto en los grupos estudiados, salvo para la mayor frecuencia de ideación suicida en múltiparas. Se recomienda incluir dentro de la evaluación posnatal la aplicación de estos instrumentos, para detectar oportunamente síntomas depresivos durante el puerperio para evitar sus consecuencias en la madre e hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Vargas JE; García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009;3(1):11-8.
- Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(4):491-8.
- Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* 2006;49(2):66 - 72.
- Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-91.
- Moreno A, Domínguez L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(3):209-13.
- Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, *et al.* Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000;38(2):84-93.
- Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. Major and minor depression in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;113:1292-8.
- Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(4):277-83.
- Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006;57(3):156-62.
- Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68(6):491-4.
- Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. *MedUNAB* 2004;7(20):134-9.
- Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;285(6353):1475-9.
- Morris JK, Comerford M, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1217-9.
- Carrera ML. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. Valencia, España: Universidad de Valencia. Serie de Publicaciones. 2004.
- Alonso SJ, Damas C, Navarro E. Behavioral despair in mice after prenatal stress. *J Physiol Biochem* 2000;56(2):77-82.
- Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum depression screening at well-child visits: validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2009;7(1):63-70.
- Wójcik J, Dudek D, Schlegel M, Grabowska M, Marcinek A, Florek E, Piekoszewski W, *et al.* Antepartum/postpartum depressive symptoms and serum zinc and magnesium levels. *Pharmacological Reports* 2006;58:571-6.
- Kabir K, Sheeder J, Stevens-Simon C. Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: Do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:335-42.
- Vinaccia S, Sánchez MV, Bustamante EM, Cano EJ, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *Int J Clin Health Psychology* 2006;6(1):41-51.
- Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santiváñez WR, Aliaga JR, *et al.* Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología* 2005;8(2):23-39.